

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

570

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1901, à 9 heures

PAR

DUBOZ

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Contribution à l'Étude

DE

L'ALBUMINERIE

GRAVIDIQUE

PRÉSIDENT : **M. CORNIL**, Professeur.

JUGES. { **MM. ROGER**, Professeur.
 { **WIDAL**,
 { **GONNAIRE**, } agrégés

PARIS

ANC^{te} LIBRAIRIE G. CARRÉ ET C. NAUD

C. NAUD, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

—
1901

570

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1901, à 9 heures

PAR

DUBOZ

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Contribution à l'Étude

DE

L'ALBUMINERIE

GRAVIDIQUE



PRÉSIDENT : **M. CORNIL**, Professeur.

JUGES. { **MM. ROGER**, Professeur.
WIDAL,
GONNAIRE, } agrégés

PARIS

ANC^{te} LIBRAIRIE G. CARRÉ ET C. NAUD

C. NAUD, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	{ BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et Matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ PAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	{ TERRIER.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique optalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIMMISSE.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEGUEU.	TEISSIER.
ACHARD.	DUPRE.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	FAURE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	GAUCHER.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	HEIM.	REMY.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

« Tout est dit et l'on vient trop tard, depuis plus de sept mille ans qu'il y a des hommes et qui pensent », a dit, au commencement de son livre, notre immortel moraliste Labruyère.

Bien que cet aphorisme soit moins faux dans le domaine littéraire que dans le domaine scientifique, il n'en est pas moins vrai que le choix d'une thèse inaugurale est un grave souci et un problème embarrassant pour l'étudiant parvenu au terme de ses études médicales.

Il lui est parfois difficile de trouver quelque chose de neuf à glaner après les maîtres. Un pauvre étudiant est souvent mal outillé pour faire de longues et coûteuses recherches de laboratoire; et s'il veut traiter une question trop générale, il se voit obligé de répéter ce que d'autres ont écrit avant lui et souvent bien mieux que lui.

Il nous a paru plus pratique de nous arrêter à cette seconde solution et de résumer l'état de la science sur une question qui a été l'objet de maints travaux.

C'est pourquoi, sur les conseils de notre ami le docteur Perret, nous avons entrepris de dire nos connaissances sur l'albuminurie gravidique et d'en tirer quelques conclusions pratiques.

Mais auparavant, qu'il nous soit permis de remercier

nos maîtres dans les hôpitaux qui nous ont aidé de leurs conseils et de leur science.

Monsieur le professeur BUDIN, en nous permettant de faire, dans son service, les recherches qui nous étaient nécessaires, nous a facilité notre tâche et nous l'en remercions sincèrement.

Que le docteur PERRET reçoive l'expression de notre reconnaissance pour les services qu'il nous a rendus au cours de nos études.

Nous adressons, enfin, à Monsieur le professeur CORNIL, nos plus sincères remerciements pour la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant notre séjour dans son service et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Historique.

L'histoire de l'albuminurie remonte à peine à 1770, mais, il est certain, que cette altération de la sécrétion urinaire est aussi ancienne que les maladies dans le cours desquelles nous la rencontrons aujourd'hui.

L'on comprend en effet, que les affections cardiaques hépatiques, rénales ou autres, dans lesquelles nous constatons maintenant les symptômes de l'albuminurie, ont dû avoir, dans tous les temps, au nombre de leurs manifestations symptomatiques, le symptôme albuminurie, qui est, pour le moins, aussi constant que le symptôme hydropisie.

Toutefois ce dernier, par sa nature, devait tout d'abord fixer l'attention, tandis que l'autre passait inaperçu en raison même de l'insuffisance des moyens d'investigation des époques antérieures.

Aussi est-il permis de supposer, qu'à la vue de l'eau envahissant les cavités du corps et s'infiltrant dans tous les tissus, l'idée d'une altération des liquides de l'économie a suscité les recherches du côté de ces liquides; et ce sont peut-être de telles circonstances qui ont conduit Cotugno à la découverte de cette substance coagulable par la chaleur, ainsi l'appelait-il, qui se trouvait dans les urines et les autres liquides des hydropiques.

« Cette découverte du médecin napolitain, qui cependant était grosse de conséquences précieuses pour la

« science, ne fit pourtant pas de grands progrès, et ne
« resta, tout d'abord, qu'à l'état de constatation. »
(Dumas).

Jusqu'en 1818, époque où Blackall signala, le premier, la présence de la substance coagulable par la chaleur dans les urines des femmes enceintes, l'attention des observateurs était encore peu portée à l'étude de ce phénomène.

Mais, à peine dix ans plus tard, un autre Anglais, dont l'histoire de l'albuminurie devait illustrer le nom plus que celui de Cotugno, Richard, Bright, vint donner à l'étude des urines albumineuses toute l'importance qu'elle méritait.

Il venait de montrer comme inséparables, jusqu'à un certain point, l'hydropisie, l'albuminurie, et certaines lésions rénales particulières.

Séduits par la description faite par Bright de ces trois états pathologiques, ses successeurs crurent que leur compatriote avait découvert une entité morbide nouvelle qu'ils désignèrent de son nom.

Pour eux, les lésions rénales étaient l'altération organique initiale d'où provenait l'albuminurie, amenant, comme conséquence, une fluidité anormale du sang, et finalement les divers épanchements constituant l'hydropisie.

Toutefois cette idée ne devait pas durer longtemps, car, dès 1838, Désir, élève de Rayer, en France, indiquait déjà la distinction qu'il importe de faire entre l'albuminurie conséquence d'une lésion rénale (mal de Bright) et l'albuminurie, symptôme vulgaire, ne s'accompagnant d'aucune lésion des reins.

D'ailleurs, l'idée d'une lésion rénale indispensable n'était pas celle de Bright qui voulait, dit le professeur Jaccoud : « non point établir une entité morbide nouvelle, ou rapporter à une lésion du rein la principale part d'action dans la production des phénomènes, mais simplement appeler l'attention sur une hydropisie indépendante de toute lésion hépatique ou vasculaire, s'accompagnant d'urines coagulables, et reconnaissant pour causes l'abus des alcooliques, le froid ou un état cachectique. »

Ce sont encore, selon L. Dumas, des auteurs français, Lancereaux, Lécorché, Charcot, qui ont achevé d'établir la distinction entre les différentes formes du mal de Bright, après que l'un d'eux, Rayer, en eût montré la nature inflammatoire dans un traité publié en 1840 sur les maladies des reins et les altérations de la sécrétion urinaire, traité qui fut le point de départ d'un grand mouvement scientifique.

A partir de cette époque, les recherches se multiplièrent aussi bien en France qu'en Allemagne et en Angleterre, et l'on vit apparaître les travaux de Reinhart et Frerichs, de Virchow, de Samuel Wilks, de Todd, de Johnson etc.

Sans nous arrêter aux différentes opinions présentées par ces auteurs, disons seulement, qu'à partir de l'ère nouvelle ouverte en 1840 par Rayer, nombre de théories ont été émises sur le mal de Bright et surtout sur l'albuminurie considérée sous les multiples rapports de sa pathogénie et de ses conséquences sur l'économie.

Des recherches faites à ces différents points de vue, il résulte que l'albuminurie peut non seulement accompagner un grand nombre de maladies, mais encore apparaître

dans différents états plus ou moins physiologiques, voire même au milieu de la plus parfaite santé.

De là les diverses formes d'albuminurie que nous rencontrons et en particulier celle qui est intimement liée à la grossesse et qui est appelée, pour cela même, albuminurie des femmes enceintes, albuminurie gravidique.

L'on reconnaît généralement trois variétés d'albuminurie gravidique.

1° Une albuminurie légère apparaissant au moment du travail, cessant dans les quelques heures qui suivent l'accouchement, sans avoir entraîné aucun trouble de la santé.

2° Une albuminurie persistante, pouvant apparaître dès les premiers mois de la grossesse, durant si elle n'est pas traitée, jusqu'à l'accouchement, disparaissant, si elle n'entraîne pas une issue funeste, dans les quelques jours qui suivent l'accouchement. Albuminurie d'un pronostic bien plus sérieux que la précédente.

3° Enfin une albuminurie datant d'une époque antérieure à la conception, par conséquent indépendante de la grossesse, et due à une néphrite ou à un réveil de lésions anciennes ayant porté sur le rein.

De ces trois variétés il en est une qui mérite plus spécialement le nom d'albuminurie gravidique, c'est celle qui survient pendant le cours de la puerpéralité pour disparaître avec elle, albuminurie indépendante de toute lésion antérieure et n'étant pas comme l'albuminurie qui survient au dernier terme de la grossesse un simple accident du travail.

On peut dire que l'albuminurie qui se montre pendant le cours de la gestation est rencontrée assez souvent

puisque les nombreux travaux faits sur ce sujet dans les dernières années ont engagé les médecins à la rechercher dans une foule de cas qui passaient inaperçus auparavant. Aussi Barker a-t-il pu dire qu'on pouvait la considérer comme une des maladies puerpérales les plus fréquentes.

Le plus souvent ce n'est qu'à propos de l'éclampsie que les observateurs ont cherché et constaté la présence de l'albumine dans les urines, ce qui évidemment ne permet pas d'établir une proportion relativement à la grossesse en général.

Nous verrons en effet que l'albuminurie existe assez souvent chez la femme enceinte sans qu'aucun phénomène important vienne attirer l'attention.

Aussi faudrait-il pour pouvoir établir une statistique exacte que l'examen des urines fût fait indistinctement sur un grand nombre de femmes enceintes.

Mais il faut encore savoir que pour avoir des résultats précis il faudrait que l'examen des urines pût être fait non seulement chez toutes les femmes en état de grossesse, mais encore tous les jours depuis le début de la grossesse jusqu'à l'accouchement. En effet, l'époque de l'apparition de l'albumine est variable, et de plus, il n'est pas très rare de voir une albumine bien constatée disparaître au cours de la grossesse, soit d'une façon définitive, soit pendant quelques jours seulement. Or si l'examen des urines est fait par hasard à ce moment-là, on aura laissé de côté un certain nombre de cas dont il aurait fallu tenir compte.

Quoiqu'il en soit, voyons, dans l'état actuel, les résultats obtenus,

« Les statistiques, dit Ollivier, sur la mortalité par la maladie de Bright chez les femmes démontrent que la

mortalité due à cette cause est plus grande pendant la vie utérine que pendant toutes les autres époques de la vie », et cependant l'accord est loin d'être fait sur la fréquence de l'albumine puerpérale.

Ainsi sur 206 femmes enceintes dont les urines furent examinées par Blot, 41 contenaient de l'albumine, soit une proportion de $1/5$ environ.

Petit analysa les urines de 143 femmes grosses et trouva 29 fois de l'albumine, proportion sensiblement la même que celle énoncée par Blot.

Pour d'autres la moyenne est bien moindre.

Abeille prétend en effet que la fréquence de l'albuminurie dans la grossesse est de $1/10$.

Van Arsdal et Elliot ont trouvé un cas d'albuminurie puerpérale sur 56 femmes enceintes.

Sur 200 observations recueillies à l'hôpital de Guy (Londres), Parvin n'a trouvé que quatre malades albuminuriques dont deux devinrent des brightiques chroniques.

M. Doléris, dans ses recherches relatées à la séance de la Société de biologie du 18 juillet 1885, affirme n'avoir rencontré qu'une albuminurique sur 20 femmes enceintes.

Il ne comprend, toutefois, dans sa statistique, ni les albuminuries du début, ni celles du travail.

Par contre Valette, dans sa thèse du 10 janvier 1901, affirme qu'à la maternité de l'hôpital Tenon la proportion serait de une albuminurique sur 8 femmes enceintes, chiffre bien supérieur à celui de M. Doléris.

De notre côté, d'après les recherches que nous avons faites, nous avons trouvé que, à la clinique Tarnier, du 1^{er} mars 1898 au 1^{er} janvier 1901, sur 4.630 femmes enceintes, il y a eu 630 albuminuriques, soit environ $1/7$ des cas, proportion se rapprochant beaucoup de celle de Valette.

Nous le voyons, l'accord n'est pas fait sur la fréquence de l'albuminurie puerpérale.

On admet généralement cependant que plus l'accouchement est proche, plus l'albuminurie est fréquente.

La primiparité est considérée aussi comme une cause de fréquence de l'albuminurie puerpérale. Il est certain en effet que la primipare est bien plus souvent atteinte que la multipare.

Ainsi Blot, sur 99 primipares, a trouvé 30 albuminuriques, soit $\frac{1}{3}$, tandis que sur 106 multipares, il n'en a rencontré que 11, soit $\frac{1}{10}$.

Pour Petit la proportion est sensiblement la même chez les primipares et chez les multipares. Il aurait trouvé en effet 13 albuminuriques sur 52 primipares et 13 également sur 60 multipares.

La statistique de Valette se rapproche de celle de Blot. Il a observé 117 albuminuriques sur 588 primipares, soit $\frac{1}{5}$ environ, et 122 sur 1.312 multipares, soit $\frac{1}{11}$.

Sur les 630 cas d'albuminurie puerpérale que nous avons relevés à la clinique Tarnier, 379 concernaient les primipares et le reste, soit 251, des multipares. La prédominance des primipares est donc bien nette. Elle est même peut-être plus grande qu'elle ne paraît, car il est certain que parmi les multipares albuminuriques il en est qui ont eu de l'albumine à leur première grossesse et nous ne le savons pas. Ces femmes là viennent donc encore grossir la liste des primipares albuminuriques.

II

Si les avis sont partagés sur la fréquence de l'albuminurie, ils ne le sont pas moins quand il s'agit d'en donner les causes, et nombreuses sont les théories émises pour expliquer l'albuminurie.

Théorie hématique ou dyscrasique. — La grossesse imprime au sang des modifications considérables. Il résulte des recherches d'Andral, de Gavarret, de Becquerel, de Rodier, que chez la femme enceinte la proportion d'eau de la masse sanguine augmente de 770 à 800 pour 1000 et l'albumine du sang tombe de 70 à 60 pour 1000 et s'approche du point où suivant Straus, se fait l'osmose du sérum hors des vaisseaux (60 pour 1000).

Par contre, se basant sur les expériences de Cl. Bernard, de Schiff, de Stokiois, qui montrèrent que l'injection dans les veines d'une certaine quantité d'albumine provoquait l'albuminurie, et sur le fait que la diminution de l'albumine du sérum est relativement moindre que celle de l'albumine des globules, Gubler proposa la théorie de la supéralbuminose.

Le mauvais état du foie empêcherait la femme d'utiliser convenablement l'albumine des aliments, albumine qui s'accumulerait dans le sang et passerait dans l'urine dans le cas où le fœtus ne l'utiliserait pas d'une façon suffisante.

Et comme preuve que cette albumine n'est pas utilisée

par le fœtus, Gubler invoque l'infériorité de poids des enfants issus de femmes albuminuriques.

Il est de fait que ces enfants sont généralement maigres, mais cette maigreur est la conséquence et non la cause de l'albuminurie. La diminution, en effet, du champ des échanges entre la mère et le fœtus, diminution due aux infarctus placentaires, suffit à expliquer l'état de ces enfants.

L'albuminurie, pour Peter, trouve son explication dans la sérumurie.

« De même que la femme enceinte, dit-il, pour les besoins de l'hématose et de l'hématopoïèse de son fœtus fait de l'hématose et de l'hématopoïèse pour deux, elle fait de même de l'europoïèse pour deux. La femme grosse excrète journellement une plus grande quantité d'urée. Tandis que la femme à l'état normal élimine 22 à 24 grammes d'urée par jour, Quinquaud a montré que la femme grosse en élimine 30 à 38 gr. Si elle fait ainsi plus d'urée dans les 24 heures, elle doit avoir un travail excrétoire plus considérable, c'est-à-dire que plus de sang traverse le filtre rénal et qu'il y a hyperémie fonctionnelle exagérée. Mais qui dit plus de sang dans l'organe, dit plus de pression vasculaire, qui dit plus de pression vasculaire, dit filtration possible, aveugle, insensée, du sérum du sang, voire même du sang en nature, phénomène qu'on appelle improprement albuminurie et qui n'est que de la sérumurie. »

Peter rappelle en outre qu'il existe entre l'utérus et le rein un rapport physiologique que Becquerel a mis en évidence en montrant que le rein augmente de volume au moment de la congestion utérine cataméniale. L'on sait d'autre part, que les artères rénales naissent sur le passage du courant sanguin qui se rend aux artères utéro-ova-

riennes considérablement augmentées pendant la grossesse, d'où la dilatation des vaisseaux du rein, et par suite l'hyperémie de l'organe ayant pour conséquence la filtration du sérum du sang à travers le glomérule.

Théories nerveuses. — Suivant Blot et Martin, le système nerveux du rein serait impressionné par l'irritation nerveuse produite sur les nerfs de l'utérus par le produit de conception.

Ranvier a montré le rôle du système nerveux dans l'œdème. Souvent en effet, il ne suffit pas pour provoquer l'œdème de faire la ligature de la fémorale; il suffit alors de sectionner le nerf sciatique et l'œdème apparaît.

Les expériences de Claude Bernard et de Vulpian, le premier provoquant l'albuminurie par la piquûre du plancher du quatrième ventricule et le second par la section des nerfs splanchniques, d'une part, l'apparition d'œdèmes chez les hémiplegiques et chez les hystériques, d'autre part, sont encore des preuves de l'influence du système nerveux sur la production des œdèmes et de l'albuminurie.

Théorie mécanique. — Au congrès de Copenhague, en 1884, Halberstma et Hiller ont émis l'idée que la compression des reins, du col de la vessie et des uretères pourrait bien être la cause de l'albuminurie gravidique.

Cette théorie paraît admissible pour ce qui est de l'albuminurie d'une grossesse avancée, mais elle ne saurait expliquer ni l'albuminurie des premiers mois de la grossesse, ni la disparition de l'albumine après la mort du fœtus. De plus, il n'est pas rare de rencontrer des femmes présentant des kystes ovariens énormes qui n'ont pas d'albumine dans leurs urines et cependant les reins, les

uretères, la vessie, subissent une compression analogue à celle qu'ils supportent pendant la grossesse.

Cette théorie enfin ne saurait expliquer la disparition de l'albumine à la suite de purgatifs, d'une saignée.

Théorie de l'infection. — En injectant à des lapines pleines des cultures de bacilles trouvés dans l'urine et dans le sang de femmes albuminuriques, MM. Doléris et Pouey ont provoqué chez ces animaux l'albuminurie et la mort.

« Pour M. Lancereaux, l'albuminurie gravidique serait l'expression symptomatique d'une maladie générale très vraisemblablement infectieuse, résultant d'un poison dont la nature resterait à déterminer. »

Théorie de l'altération anatomique du rein. — L'altération anatomique du rein comme cause de l'albuminurie gravidique est une théorie émise par Roger et soutenue par Bartels.

L'altération rénale est symétrique. L'organe a une consistance molle, une teinte jaunâtre, la substance médullaire est décolorée. L'épithélium des tubulicontorti et de la capsule de Bowman subit une dégénérescence graisseuse, tandis que celui du glomérule est envahi par la dégénérescence colloïde (Cornil). Il y a de l'œdème du tissu conjonctif interstitiel.

Ce sont là à peu près les mêmes lésions que Tarnier et Sinety ont observées dans le foie des albuminuriques.

Il faut dire toutefois que M. Bar a fait des autopsies de femmes atteintes d'albuminurie gravidique et n'a trouvé aucune lésion anatomique du rein.

La lésion rénale ne saurait donc être d'une manière

générale, la cause de l'albuminurie gravidique. Pour Auvard, l'albuminurie gravidique avec lésions rénales prédispose seule à l'éclampsie.

Théorie de l'auto-intoxication. — S'appuyant sur la disparition rapide de l'albumine après l'expulsion du produits de conception, M. le Professeur Pinard pense que, dans la plupart des cas, il n'y a pas de lésion rénale ; et se basant sur les travaux de MM. Gautier et Bouchard, il défend la théorie de l'auto-intoxication.

C'est aussi l'avis de M. Bouffe de St-Blaize.

III

Quelle qu'en soit la cause, l'albuminurie puerpérale est, nous l'avons vu, tellement fréquente, qu'en présence d'une femme enceinte il faut toujours en rechercher les signes.

Bien que le caractère évidemment propre de l'albuminurie réside dans la constatation de la présence de l'albumine dans l'urine, on peut prévoir, d'après les modifications si profondes de l'état général la précédant d'ordinaire, que la physionomie de la femme enceinte présentera quelque chose de spécial quand elle sera albuminurique.

Le médecin, en effet, est généralement consulté pour divers symptômes tout autres que celui-là, mais dont la présence éveille des soupçons la plupart du temps fondés, et le détermine à faire l'examen des urines.

Un œil exercé peut souvent prévoir une albuminurie imminente ou la découvrir lorsque, existant depuis peu de temps, elle ne s'est décelée par aucun des symptômes propres à la néphrite; et c'est là, nous le verrons plus tard, un point capital au point de vue du traitement.

Sous ce rapport, on peut, avec Hofmèier, bien qu'il applique cette division à la néphrite gravidique, distinguer deux formes dans l'albuminurie de la grossesse : une forme aiguë et une forme chronique. C'est surtout à la forme chronique que se rattachent l'aspect particulier et les autres symptômes présentés par la malade; c'est elle aussi qui peut passer le plus longtemps inaperçue et lais-

ser attendre dans une sécurité trompeuse des désordres plus ou moins graves. C'est par elle que nous commencerons.

Un des phénomènes les plus constants qui précèdent ou accompagnent l'albuminurie chez la femme enceinte, c'est l'hydropisie. Cette hydropisie est très variable dans son aspect et dans son intensité puisqu'elle peut aller depuis l'œdème léger des membres inférieurs jusqu'à l'infiltration dans les séreuses et les organes splachniques, et jusqu'à l'anasarque véritable. La bouffissure de la face est en quelque sorte un œdème spécifique.

Toutefois ce n'est pas là la seule manifestation des troubles circulatoires existant chez la femme enceinte albuminurique. Généralement le pouls présente une dureté appréciable au toucher. Il présente aussi une certaine fréquence et en même temps du dicrotisme. D'après Barnes, ce serait même un symptôme d'une valeur particulière car il est appréciable avant l'apparition de l'albuminurie et par le fait permet de la prévoir.

Parfois apparaissent des hémorrhagies diverses épistaxis, hématuries etc.

L'état général est lui aussi profondément modifié. La femme présente une pâleur des téguments et une coloration rappelant celle des chloro-anémiques.

Du côté de l'appareil digestif, l'on constate quelquefois la perte de l'appétit accompagnée d'une soif ardente, de nausées, de vomissements, d'une constipation opiniâtre ou d'une diarrhée intense.

Les fonctions respiratoires sont gênées soit par l'œdème qui envahit le poumon, soit par l'influence des troubles nerveux. On observe alors une dyspnée intense, de la toux et parfois même des crachats sanguinolents.

Le système nerveux est profondément atteint et même il peut survenir de son côté de graves complications.

Ce sont d'abord des douleurs fugaces ou persistantes au niveau des parois abdominales, des espaces intercostaux ou au creux épigastrique (signe de Chaussier).

La céphalalgie surtout frontale n'est pas rare. On constate tantôt une certaine agitation, de l'irritabilité de caractère, tantôt de la somnolence pouvant aller jusqu'au coma.

Il existe quelquefois de l'embarras de la parole, une certaine lenteur d'intelligence et la paralysie de certains nerfs amenant la surdité et des troubles de la vue pouvant aller de l'ambliopie légère à la cécité absolue. Dans quelques cas il survient même des paralysies ou des contractions.

Il semble en voyant l'énumération de ces symptômes que l'on s'approche des convulsions. Bien des fois, en effet, lorsque le traitement est arrivé trop tard ou pour une raison quelconque n'a pas eu d'efficacité, une terrible complication vient s'ajouter et trop souvent terminer la scène d'une façon tragique : nous voulons parler de l'éclampsie.

Il arrive, comme le fait remarquer Blot, que ce cortège révélateur fait parfois défaut en totalité ou en partie, et l'albuminurie « passerait la plupart du temps inaperçue si l'on n'examinait pas les urines de toutes les femmes enceintes ». De plus on a observé des troubles du même genre et même l'éclampsie sans albuminurie. C'est donc l'examen des urines qui lèvera tous les doutes et permettra d'affirmer qu'il y a ou qu'il n'y a pas albuminurie, à la condition toutefois qu'il soit fait tous les jours de façon à vaincre les irrégularités de marche du symptôme albuminurie qui peuvent le laisser méconnaître alors qu'il existe.

Dans la forme aiguë, il n'y a pas en général, au moins au

début, d'autres phénomènes que ceux qui appartiennent à l'état inflammatoire du rein. Nous n'avons pas à faire ici la symptomatologie du brightisme aigu, mais disons seulement que dans ces cas on peut parfois constater l'influence d'une cause occasionnelle et qu'aux différents autres phénomènes, s'ils existent, vient s'ajouter la réaction fébrile propre à l'inflammation. Le médecin sera conduit ainsi immédiatement à faire l'examen de l'urine.

Quant aux caractères de cette dernière, il importe de les connaître.

La présence de l'albumine dans les urines s'accompagne en effet toujours de caractères spéciaux. Chez la femme enceinte atteinte d'albuminurie, dit Dumas, l'urine présente des modifications qui peuvent se résumer ainsi : « Urine abondante, en moyenne 2 à 4 litres par 24 heures, pâle, plus souvent louche que limpide, plus ou moins colorée ou diminuée de quantité et prenant alors l'apparence de la bière brune, ces deux aspects se rapportant le premier à l'albuminurie chronique, le second à l'état aigu ; parfois mélangée de sang ; laissant se déposer par le refroidissement un sédiment d'une épaisseur variable, exhalant une odeur fade ; d'ordinaire acide mais moins qu'à l'état normal ; d'une densité au-dessous de la moyenne ; pouvant contenir des quantités très variables d'albumine, depuis quelques traces jusqu'à 23 gr. »

M. Jaccoud distingue trois types d'urines albumineuses d'une importance réelle au point de vue clinique car leur constatation permet de porter un jugement sur la signification de l'albuminurie qu'ils accompagnent et ainsi éclairer le pronostic.

Ce sont :

1°. Une urine albumineuse ayant ses caractères normaux.

2°. Une urine dont les caractères généraux sont modifiés dans le sens de l'augmentation de ses éléments solides. Quantité moins grande ; couleur foncée ; dépôt d'urates abondant ; l'urée, l'acide urique et les chlorures sont augmentés.

3°. Une urine dont les caractères sont en quelque sorte inverses de la précédente : grande pâleur ; densité au-dessous de la moyenne ; diminution de l'urée 20, 10 et même 5 grammes au lieu de 30 en 24 heures ; diminution également de l'acide urique, des urates et des chlorures.

Il ne s'agit donc pas seulement de déceler la présence de l'albumine mais de bien constater aussi les modifications des autres éléments de l'urine, c'est à ce prix seulement que l'examen sera réellement profitable au point de vue du diagnostic et du pronostic.

En présence d'une femme enceinte ayant de l'albumine dans ses urines que faut-il penser ? quel pronostic faut-il faire ? en un mot que signifie l'albuminurie ?

Ce symptôme a pour le praticien une bien grande importance et cependant en réalité bien peu d'importance. Il a une grande importance parce qu'il permet de prévenir l'éclampsie ; et même dans ce cas, l'albuminurie n'a pas de pronostic propre. En effet le taux de l'albumine augmente tantôt en même temps que le pronostic s'aggrave (par exemple quand les urines diminuent de quantité) tantôt en même temps que le pronostic s'adoucit (par exemple quand on obtient de la polyurie). Ainsi M. le professeur Pinard considérant deux malades, l'une rendant 1 gramme d'albumine en 24 heures et l'autre en rendant 10 grammes, établit que le plus grand danger est pour la

première (indépendance médicale 96 page 228). De plus l'albumine peut disparaître alors que le danger persiste. La malade enfin peut continuer à avoir de l'albumine dans ses urines alors que tout danger est conjuré.

Si pour toutes ces raisons l'albuminurie n'a pas un pronostic propre, elle a habituellement une signification très nette.

La présence de l'albumine dans les urines nous avertit que la malade est en train de s'intoxiquer elle-même : qu'il s'agisse d'un organisme dans lequel les produits ont été fabriqués en trop grande quantité, qu'il s'agisse de l'insuffisance du foie ou de l'intestin, que le coupable soit tout simplement le rein atteint primitivement ou secondairement, mais de telle façon qu'il ne débite plus assez.

Toutefois cela n'est pas suffisant car l'indication que l'on doit demander à l'albuminurie chez la femme enceinte, est surtout celle de la cause à laquelle elle appartient, et le point le plus important au point de vue du pronostic consiste à distinguer les cas où il y a lésion rénale de ceux dans lesquels cette lésion n'existe pas.

C'est là un renseignement que la constatation de l'albumine ne saurait nous donner à elle seule. Voyons quels renseignements nous pouvons tirer de l'examen des éléments entraînés par l'urine.

« L'étude de ces éléments, dit M. le professeur Jaccoud, équivaut à la constatation directe de l'état des reins, elle permet de suivre pas à pas la marche progressive ou rétrograde des lésions dont ils sont le siège ; elle fournit le critérium le plus certain pour préjuger la nature et la durée probable d'une albuminurie. »

M. Jaccoud donne ensuite dans l'ordre suivant les ca-

ractères de ces éléments comme représentant une sorte d'échelle de gravité croissante.

Épithélium rénal désagréé

Cylindres épithéliaux

Cylindres colloïdes avec ou sans épithélium normal.

L'albuminurie n'est pas fatalement persistante. Pronostic suspendu.

Cylindres granulograisieux

Valeur douteuse; état transitoire.

Cylindres graisseux

Cylindres hyalins ou séreux

Valeur absolue. Le mal de Bright chronique existe.

En somme, l'appréciation de la valeur séméiologique de l'albuminurie gravidique doit être subordonnée à deux ordres de considérations, d'une part la signification tirée de la présence de l'albumine unie aux caractères de l'urine et des éléments qu'elle renferme; d'autre part à la connaissance que nous avons des diverses influences exercées par la grossesse ou le travail sur la production de l'albuminurie et sur la marche de cette dernière quand elle dépend de causes spéciales.

IV

Nous avons insisté sur les éléments du diagnostic de l'albuminurie car il importe de faire ce diagnostic le plutôt possible et de le faire d'une façon complète afin de savoir de quelle albuminurie gravidique il s'agit, de prévoir les complications qui peuvent en résulter et par suite instituer de suite un traitement convenable pour conjurer tout danger.

L'on peut dire qu'en général, l'albuminurie gravidique bien soignée dès son début n'entraîne pas de graves conséquences. Mais est-elle méconnue ou négligée, voyons ce qu'il peut arriver.

Sans parler de la dyspnée des œdèmes, des troubles de l'ouïe et de la vue qui ne présentent que rarement une intensité assez grande pour être regardés comme des complications dangereuses, sans parler, disons-nous, de ces phénomènes qui sont plutôt des signes de l'albuminurie que des complications, il en est d'autres qui par leur gravité mettent les jours de la femme en danger. Nous voulons dire les hémorrhagies et les crises éclamptiques.

Parlons d'abord de l'éclampsie qui, si elle n'est pas la plus fréquente, est au moins la plus sérieuse des complications de l'albuminurie gravidique.

Depaul dans sa clinique et Hubert dans son traité d'accouchements ont réuni les statistiques suivantes :

Sur 20 éclampsies	11	morts	(Deville et Regnauld)
135	—	81	— (Brummerstødt)
132	—	50	— (Depaul)
138	—	49	— (Vanderdonkt).

La mortalité serait d'un tiers pour Siauzoni, de la moitié pour M^{me} Lachapelle, de près des deux tiers pour Kiwisch, des 5/6 pour Max.

Nous le voyons, l'éclampsie est une complication redoutable et malheureusement elle est encore trop fréquente, les diverses statistiques à ce sujet en témoignent.

Nous donnons sous forme de tableau les principaux résultats constatés depuis une cinquantaine d'années.

	années	éclampsie	accouche- ments			
Clinique d'accouchements	1834-1871	133	30280	1 cas sur	227	
	1872-1876	23	2433	1 —	100	
	1886-1888	58	9059	1 —	126	
	1888-1891	21	4833	1 —	230	
Maternité	1894-1898	52	11835	1 —	227	
Baudeloque	1889-1893	16	4893	1 —	302	
Clinique Tarnier	mars 1898					
	à janvier 1901	18	4630	1 —	257	

Nous le voyons donc, l'éclampsie n'est pas une complication fréquente et le fut-elle encore moins qu'il faudrait cependant en tenir compte, car, vu sa gravité, elle est toujours une complication dangereuse.

Aussi importe-t-il de la prévenir par un traitement précoce ou tout au moins d'en atténuer les effets.

Moins terrible que l'éclampsie, l'hémorrhagie utérine est une complication grave cependant puisque l'on a vu des femmes succomber, et malheureusement elle est d'une fréquence relativement grande.

Ainsi Cassin sur 109 grossesses avec albuminurie, a constaté 23 fois des hémorrhagies soit dans $\frac{1}{5}$ des cas.

Pour M. Valette, la proportion serait de $\frac{1}{10}$.

Nous avons de notre côté relevé à la clinique Tarnier, sur les 630 accouchements de femmes albuminuriques, constaté 55 cas d'hémorrhagie utérine, ce qui ferait une moyenne de une hémorrhagie sur 11 grossesses avec albuminurie.

Par suite de sa fréquence, l'hémorrhagie utérine est donc une complication sérieuse de l'albuminurie.

Eclampsie et hémorrhagie, voilà en ce qui concerne la mère.

Mais dans tout accouchement il faut considérer deux facteurs, la mère d'une part et l'enfant de l'autre.

Nous avons vu les dangers qui menacent la mère dans les cas d'albuminurie, voyons ce qui peut arriver à l'enfant.

Dans les cas où l'albuminurie est méconnue et par suite mal soignée ou pas soignée du tout l'on peut dire que l'accouchement prématuré ou l'avortement est la règle.

Hofemeier nous donne les chiffres suivants :

45 grossesses avec albumine	15 accouchements à terme
— — — — —	13 — — — — — prématurés.
— — — — —	17 avortements.

Dans $\frac{1}{3}$ des cas l'accouchement se fait donc à terme, et dans plus d' $\frac{1}{3}$ des cas l'avortement a lieu.

M. Valette dans sa statistique de la Maternité de Tenon donne :

Sur 239 albuminuriques	20 accouchements avant le 7 ^e mois
— —	119 — de 7 à 9 mois.
— —	72 — à terme.

C'est la même proportion que celle de Hofemeier sauf pour l'avortement car Valette donne une moyenne de un avortement sur 14 cas de grossesse avec albuminurie. Sur les 239 cas qu'il a relatés, 60 femmes sont parties sans enfant. Dans 1/4 des cas l'albuminurie a donc tué le fœtus.

Voici ce que nos recherches à la clinique Tarnier nous ont fourni :

Sur 630 albuminuriques	12 accouchements avant le 7 ^e mois
— —	160 — de 7 à 9 mois.
— —	438 — à terme.
— —	12 avortements.
— —	17 enfants morts avant terme.
— —	11 — pendant le travail.
— —	20 enf. m ^{ts} dans les 48 h. ap. accouch.

L'albuminurie a donc une fois sur 13 occasionné la mort de l'enfant.

V

Dans l'intérêt de la mère aussi bien que de l'enfant, il est donc indispensable de faire, dès le début, le diagnostic de l'albuminurie, afin d'éviter, si possible, les complications fâcheuses en instituant de suite un traitement convenable.

La première indication qui se présente, est de combattre l'hypérémie rénale ou son état inflammatoire s'il existe et elle peut être remplie par les antiphlogistiques et les révulsifs, qui trouveront leur emploi toutes les fois que des symptômes locaux apparaîtront surtout dans la forme aiguë. La saignée n'est généralement plus employée. On la remplace avantageusement par les émissions sanguines locales à l'aide de sangsues ou de ventouses scarifiées.

La révulsion la plus efficace est celle qui agit sur le tube digestif. On emploie généralement pour cela les purgatifs salins. Pour M. Jaccoud les purgatifs légers comme le calomel, le ricin doivent leur être préférés,

Si par suite d'une susceptibilité spéciale de l'intestin l'emploi de ces purgatifs devient impossible il faut alors opérer une révulsion du côté de la peau, à l'aide de moutarde, de ventouses sèches, etc.

On agit sur la circulation générale en donnant des boissons adoucissantes additionnées de narcotiques dans les cas où il y a un élément douloureux.

M. Jaccoud prétend que dans la période aiguë les diurés-

tiques sont plus nuisibles qu'utiles car ils exagèrent le fonctionnement du rein en un moment où cet organe est en quelque sorte surmené.

Les frictions, le massage, les douches en excitant les fonctions cutanées sont d'un réel service. Toutefois l'usage des sudorifiques doit être subordonné à la force de résistance du sujet.

Une hygiène bien dirigée sera employée pour exciter la nutrition et l'assimilation (purgations légères, sudations, exercice musculaire), et pour augmenter l'action de la fonction respiratoire, ce qui s'obtiendra par un exercice régulier en plein air, l'habitation à la campagne, le séjour au bord de la mer ou dans les montagnes. L'iodure de potassium et le chlorure de sodium sont aussi conseillés à doses croissantes dans le but de favoriser l'activité des échanges nutritifs.

Contre l'œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres il faut avoir recours aux mouchetures faites toujours d'une façon antiseptique.

Les inhalations d'oxygène sont d'un grand secours dans les cas de dyspnée intense.

Enfin le chloral qui a donné et qui donne encore tous les jours d'excellents résultats dans l'éclampsie albuminurique, a été employé efficacement contre l'albuminurie elle-même.

Le Professeur Tarnier se fondant sur l'utilité du régime lacté dans la maladie de Bright et considérant l'éclampsie comme une suite des modifications produites sur l'organisme par une albuminurie préexistante, a pensé que si l'on pouvait, par ce moyen, diminuer l'albuminurie, on mettrait la femme à l'abri des convulsions en même temps qu'on permettrait à la grossesse d'arriver à son terme,

c'est-à-dire que l'on pourrait à la fois favoriser la guérison de la mère et assurer la vie du fœtus. Il a donc employé le régime lacté chez les femmes enceintes albuminuriques et les résultats obtenus ont pleinement justifié ses espérances.

Une seule fois il a vu l'albuminurie persister malgré ce traitement et se terminer par la mort. D'ordinaire il a vu l'albuminurie diminuer rapidement; la décroissance ou la guérison ont été observées en moyenne huit à quinze jours après le début du traitement.

Voici la formule du traitement telle que Tarnier le conseille :

Le 1^{er} jour 1 litre de lait et 2 portions d'aliments.

Le 2^e — 2 — et 1

Le 3^e — 3 — et 1½

Le 4^e et les suivants 4 litres de lait et abstention de tout autre aliment.

Dans les cas graves il faut mettre d'emblée la malade au régime lacté absolu.

Le régime lacté mixte ne convient qu'aux cas légers ou lorsque le malade a une répulsion irréductible pour le lait.

Depuis Tarnier le régime lacté mixte ou absolu est devenu la base du traitement de l'albuminurie gravidique et tous les autres moyens thérapeutiques n'en sont que le complément.

Grâce au régime lacté, l'éclampsie est absolument conjurée. Il n'est pas d'exemple en effet de femme enceinte albuminurique soumise au régime lacté depuis huit jours ayant présenté des crises éclamptiques.

Malheureusement parfois le médecin est appelé auprès d'une femme chez laquelle l'éclampsie est imminente. Toute thérapeutique est alors impuissante à conjurer le danger car le traitement n'aurait pas le temps d'agir efficacement. Dans ce cas, il n'y a plus qu'un moyen de sauver la vie de la mère tout au moins c'est de provoquer l'accouchement.

Cette intervention doit être faite avec toute l'antisepsie nécessaire, se rappelant, comme le disait M^{me} Lachapelle, que la femme albuminurique est plus que toute autre sujette à l'infection.

VI

Il est une question qui se pose tout naturellement en présence d'une femme albuminurique qui vient d'accoucher d'un enfant viable. Cette femme peut-elle et doit-elle nourrir elle-même son enfant ?

Il est certain que le lait qui est la nourriture naturelle du tout jeune enfant sera l'adjuvant le plus puissant et le plus actif du traitement, à cause des principes diurétiques, la lactose et les sels qu'il contient.

Au sujet de cet aliment si remarquable, dit M. le docteur Perret dans sa thèse, on a longuement discuté sur la question de savoir si une femme soumise au régime lacté absolu pouvait nourrir sans causer un préjudice grave à sa santé, et à celle de son enfant.

Certains auteurs ont prétendu que dans ces conditions l'allaitement maternel est absolument nuisible.

Cassin prétend qu'une femme dont les urines sont encore albumineuses trois jours après l'accouchement, doit cesser tout allaitement.

M. le Professeur Pinard, s'est élevé contre la généralisation de cette théorie et d'après lui les mères albuminuriques peuvent et doivent allaiter leurs enfants.

Johson semble cependant admettre que l'allaitement maternel peut dans ce cas être dangereux pour l'enfant. Il est certain que si l'albuminurie, quelle que soit sa cause, a persisté assez longtemps pour amener chez la mère un état cachectique plus ou moins prononcé, l'allaitement lui

est interdit aussi bien dans son intérêt que dans celui de son enfant. On peut donc, dit Dumas, établir au point de vue des suites de couches que le pronostic de l'albuminurie compte certaines éventualités plus ou moins graves pouvant même compromettre les jours de la femme et dans tous les cas devant commander une certaine attention.

Dans les cas où l'albuminurie, au lieu de diminuer ou de disparaître après l'accouchement, persistera ou augmentera d'intensité sous l'influence d'une lésion rénale récente ou ancienne, ce pronostic sera aggravé de toute l'importance de la maladie principale jointe à celle de l'état puerpéral lui-même.

Dans tous les cas, si l'albuminurie a duré un certain temps avant l'accouchement, il sera prudent de ne pas faire allaiter la mère. L'albuminurie du travail seule ne comportera probablement jamais de pronostic fâcheux.

Les maîtres actuels sont affirmatifs à cet égard et disent avec M. Pinard qu'une mère albuminurique peut et doit allaiter son enfant, sauf dans les cas où son état est loin d'être satisfaisant.

A part quelques exceptions, l'on peut donc dire qu'une mère albumineuse doit allaiter son enfant. Sa santé n'en souffrira aucunement et pour l'enfant au contraire ce sera d'un grand profit.

Le lait maternel n'est-il pas la nourriture de choix pour un enfant ? Pour nous en convaincre nous n'avons qu'à consulter les statistiques à ce sujet. Elles nous donnent pour la première année de l'existence :

Enfants nourris au biberon . . . — mortalité 50 0/0.

Enfants élevés par une nourrice — mortalité 60 à 80 0/0.

Enfants nourris par la mère . . . — mortalité 19 0/0.

Il ne faut donc pas hésiter toutes les fois que cela est possible à faire nourrir un enfant par sa mère même si elle est albuminurique.

Dans ce cas encore, l'enfant non seulement n'en souffre pas, au contraire, et l'augmentation normale de son poids est là pour en témoigner.

En résumé, nous pouvons dire avec MM. Budin et Chavane que, contrairement à l'opinion formulée autrefois, les femmes qui ont eu de l'albuminurie de la grossesse, même celles qui ont eu des attaques d'éclampsie, peuvent nourrir leurs enfants. Souvent la disparition de l'albumine a lieu rapidement et l'allaitement se poursuit sans rien présenter de particulier. Quand l'albumine persiste, ce qui est exceptionnel, l'allaitement peut, néanmoins, être continué et la guérison définitive de la mère n'en paraît pas empêchée. Quand la mère n'a pas une quantité suffisante de lait, on peut recourir à l'allaitement mixte. Il est évident que les mères et les enfants devront être surveillés avec soin ; l'allaitement au sein pourra être suspendu dans le cas où il surviendrait des complications et des contre-indications.

CONCLUSIONS

1° L'albuminurie gravidique est très fréquente surtout chez les primipares.

2° Ses causes sont diversement interprétées. Pour les uns elles sont d'ordre purement mécanique ; pour d'autres elles sont physiologiques, d'autres considèrent l'albuminurie comme le résultat d'une auto-intoxication.

3° Le diagnostic doit en être fait dès le début de façon à pouvoir éviter les complications ; hémorrhagies et éclampsie pour la mère ; avortement et accouchement prématuré pour l'enfant.

4° Le régime lacté absolu ou mixte est la base du traitement.

5° Toute femme albuminurique dont l'état général est satisfaisant peut et doit allaiter son enfant.

Vu :

Le Président de thèse,

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

SENS. — Société Nouvelle d'Impressions (G. JACQUART et C^{ie}).
